

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**INDICE DE SATISFACCION SEXUAL DE LAS PACIENTES DE LA  
CONSULTA DE UROLOGIA GINECOLOGIA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO.**

**Por**

**DR. (A): ANA KAREN PEÑA MONTEMAYOR**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**FEBRERO, 2018**

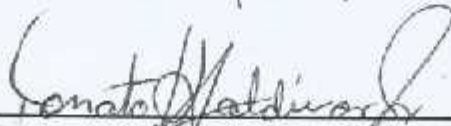
**INDICE DE SATISFACCION SEXUAL DE LAS PACIENTES DE LA  
CONSULTA DE UROLOGIA GINECOLOGIA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO.**

**Aprobación de la tesis:**




---

**Dr. Marcelo Jf. Luna Rivera**  
**Director de la tesis**



---

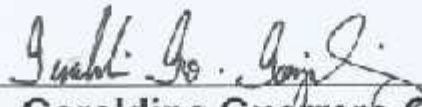
**Dr. Donato Saldivar Rodríguez**  
**Miembro de la Comisión de Tesis**



---

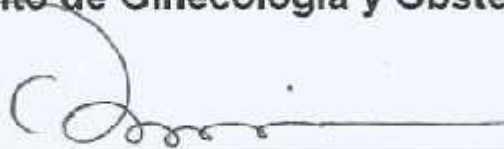
**Dr. Lezmes Dionisio Valdes Chapa**  
**Jefe de enseñanza**

**Departamento de Ginecología y Obstetricia**



---

**Dra. Geraldina Guerrero González**  
**Coordinadora de Investigación**  
**Departamento de Ginecología y Obstetricia**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

A mi madre Zelinda Montemayor por su apoyo incondicional durante los cuatro años de mi residencia, a mis hermanos Daniel y Mauricio Peña por alentarme a seguir en todo momento.

Al Dr. Marcelo Luna por darme la oportunidad de descubrir en el área de urología ginecológica el tema de mi investigación y por proporcionarme todas las facilidades para la realización de esta Tesis.

Y por último y no por eso menos importante a mis compañeros de residencia quienes me ayudaron a reclutar pacientes y aplicar encuestas, mil gracias.

## **TABLA DE CONTENIDO**

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN. ....	9
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN. ....	11
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS. ....	14
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS. ....	15
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS. ....	16
Capítulo VI	
6. RESULTADOS. ....	22
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN. ....	25
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN. ....	35
Capítulo IX	

9. ANEXOS (ejemplo).....	43
9.1    Cuestionarios.....	43

## Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA.....	48
-----------------------	----

## Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	53
---------------------------------	----

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Puntuación inicial y final en los diagnósticos de estudio. . . . .	23
2. Factores de riesgo asociados a patología del suelo pélvico. . .	25
3. Resultados de los dominios en la encuesta inicial y final de todas las patologías. . . . .	26
4. Grado de impacto en los dominios de la encuesta. . . . .	27

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Grado de impacto de los dominios de la encuesta. . . . .	28

## LISTA DE ABREVIATURAS

**BPS:** Síndrome de dolor vesical

**CI:** Cistitis intersticial

**FSFI:** Índice de Función Sexual Femenina

**HV:** Histerectomía vaginal

**ICS:** Sociedad Internacional de Incontinencia

**IU:** Incontinencia urinaria

**IUM:** Incontinencia urinaria mixta

**IUE:** Incontinencia urinaria de esfuerzo

**IUU:** Incontinencia urinaria de urgencia

**IMC:** Índice de masa corporal

**PBS:** Síndrome de vejiga dolorosa (siglas en ingles)

**POP:** Prolapso de órganos pélvicos

**SNC:** Sistema Nervioso Central

**SVD:** Síndrome de vejiga dolorosa



## CAPITULO 1

### RESUMEN

**Objetivo:** Demostrar que las pacientes con patología del suelo pélvico tienen una calidad de vida sexual inferior a la población en general y ver si existe mejoría posterior al tratamiento médico o quirúrgico.

**Material y métodos:** Es un estudio longitudinal, observacional y comparativo en el cual se aplicó una autoevaluación para saber el Índice de Satisfacción Sexual en pacientes con patología del suelo pélvico como prolapso genital, incontinencia urinaria y cistitis intersticial. La autoevaluación se hizo en 2 ocasiones, antes y después del tratamiento médico o quirúrgico.

**Resultados:** Se evaluaron 27 pacientes aplicándose la encuesta, encontrándose una mejoría significativa en el dominio de deseo, satisfacción, lubricación y excitación. El dominio de orgasmo no tuvo cambios y en cuanto a dolor presentaron una mejoría menos significativa debido a que es un parámetro más subjetivo.

**Conclusión:** La calidad de vida sexual de las pacientes con patología del suelo pélvico se incrementa significativamente al terminar el tratamiento médico o quirúrgico.

**Palabras Clave:** *Índice de Satisfacción Sexual Femenina, Prolapso genital, Incontinencia urinaria, Cistitis intersticial, Histerectomía vaginal.*

## CAPITULO 2

### INTRODUCCION

La incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos y la cistitis intersticial son los diagnósticos más frecuentes de nuestra consulta de Urología – Ginecológica en el Hospital Universitario.

La mayoría de nuestras pacientes tienen entre 40 y 89 años, con factores de riesgo para dichas patologías como edad, multiparidad, partos distócicos, macrosomía fetal, obesidad, aunque también hay un pequeño grupo de pacientes que no tienen ningún factor de los antes mencionados y sin embargo presentan problemas del piso pélvico. (1) Dichas patologías presentan un componente psicológico al afectar en gran medida la calidad de vida de la paciente tanto en el ámbito personal como sexual. (2) Es frecuente que nuestras pacientes lleguen deprimidas al no poder sentirse cómodas con su anatomía o por presentar pérdidas urinarias durante sus actividades diarias, las

cuales las orillan a ya no querer salir de casa o ya no querer tener relaciones sexuales por el miedo a que su pareja se dé cuenta de su problema. (3)

La incontinencia urinaria (IU) afecta entre el 10-50% de las mujeres a lo largo de su vida y tan solo una cuarta parte de las mismas consultan a su médico por este motivo. (1) El prolapso de órganos pélvicos y la (Incontinencia Urinaria de Esfuerzo) IUE coexisten en hasta el 80% de las mujeres con disfunción del suelo pélvico. (7)

El 11.8 % de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida, lo que supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno. (5) Así mismo este puede tener un impacto negativo sobre la imagen corporal y la sexualidad. (6)

Las pacientes que son más difíciles de tratar y que tienen un componente psicológico más arraigado son las que presentan cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa, una enfermedad difícil de diagnosticar y que puede tardar hasta 4 años en ser diagnosticada, por lo que las pacientes llegan ya cansadas y desesperadas debido a sus síntomas. (12) Se da con mayor frecuencia en las mujeres, en un 85% a 90%, con una importante morbilidad y afectación negativa en la calidad de vida. (10)

Se ha observado también una gran asociación del síndrome de vejiga dolorosa con otras patologías, como ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, fibromialgia, intestino irritable y fatiga crónica. (11)

Debido a que la sexualidad es un ámbito importante en la calidad de vida de una persona se decidió implementar en el área de Urología – Ginecológica la aplicación de la encuesta de Índice de Satisfacción Sexual Femenina a todas las pacientes con diagnóstico de prolapso genital, incontinencia urinaria y cistitis intersticial para poder medir la calidad de vida sexual antes y después del tratamiento y averiguar si existe relación en cuanto a mejorar la salud de la paciente y tener relaciones sexuales satisfactorias.

## CAPITULO 3

### HIPÓTESIS

Las pacientes con incontinencia urinaria, cistitis intersticial y prolapso genital tienen una disminución en la calidad de vida sexual.

## CAPITULO 4

### OBJETIVOS

Objetivo General: Medir el índice de satisfacción sexual de las pacientes del área de Urología Ginecológica del Hospital Universitario con diagnóstico de prolapso genital, incontinencia urinaria y cistitis intersticial y comparar resultados antes y después del tratamiento médico o quirúrgico.

#### Objetivos específicos:

- Demostrar cómo afectan la función sexual de la paciente patologías como incontinencia urinaria, cistitis intersticial y prolapso genital.
- Evaluar el éxito de los tratamientos médicos y/o quirúrgicos realizados en el área de Urología- Ginecológica.

## CAPITULO 5

### MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio longitudinal, observacional, comparativo, prospectivo, no ciego, con número de aprobación del comité de ética G18-00003. En el cual se reclutaron 27 pacientes femeninas de 25 a 80 años que acudieron a la consulta de urología-ginecológica por primera vez en el periodo de Febrero 2017 a Febrero 2018, con diagnóstico de incontinencia urinaria, prolapso genital y cistitis intersticial que no hubieran recibido tratamiento alguno y que aceptaron realizar la encuesta de Índice de Satisfacción Sexual Femenina.

Se excluyeron pacientes que no aceptaron contestar la encuesta de índice de satisfacción sexual, pacientes con incontinencia urinaria por lesión medular y pacientes que no aceptaron el tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se eliminaron las pacientes que no acudieron a su cita de seguimiento o no llenaron la encuesta posteriormente al tratamiento médico o quirúrgico.



La obtención del consentimiento informado se explicó dentro de la consulta de Urología Ginecológica y la encuesta de índice de satisfacción sexual quedo consignado dentro del mismo expediente clínico de la paciente.

El cuestionario se llama Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) que consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad tiene la paciente. La puntuación total del test oscila entre 4 y 95 puntos. El dominio deseo puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10, el dominio excitación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20, el dominio lubricación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20, el dominio orgasmo puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15, el dominio satisfacción puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 15, y el dominio dolor puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15. Se aplicaron 2 cuestionarios uno inicial en la primera consulta de la paciente y uno a los 4 meses posteriores al tratamiento médico o quirúrgico. El tratamiento médico es a base de Imipramina, Tolterodina por tiempo indefinido en caso de

Incontinencia urinaria mixta o urgencia; así mismo se realizaron curaciones intravesicales con atropina y heparina en las pacientes con cistitis intersticial por 10 semanas; Y dentro del tratamiento quirúrgico, se realizaron Histerectomía vaginal, Cistopexia y Rectopexia en caso de pacientes con prolapso genital o incontinencia urinaria de esfuerzo.

B.- Reproducibilidad

Si.

C.- Variabilidad inter ensayo

No.

D.- Método nuevo o ya establecido

Ya establecido.

E.- Frecuencia de las evaluaciones

2 evaluaciones

F.- Evaluaciones cegadas o no cegadas

No cegadas

### **Cálculo del tamaño de muestra:**

Se pretende un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95 % para

lo que se utilizó la siguiente formula:

$$K^2 * p * q * N$$

$$n = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$e^2 * (N-1) + k^2 * p * q$$

**donde:**

$$2^2 * .4 * .6 * 30$$

$$n = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$5^2 * (30-1) + 2^2 * .4 * .6$$

**Análisis estadístico:**

De la base de datos desarrollada, se determinará en las variables presentes los estadísticos descriptivos tradicionales de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (varianza, desviación estándar y coeficiente de variación) y finalmente de posición (cuartiles, quintiles y deciles) para las variables de tipo cuantitativo y las frecuencias observadas en el caso de las variables cualitativas.

Posteriormente se segmentará a las pacientes según al grupo de estudio, al cual por sus características fueron asignadas, obteniendo los mismos valores antes mencionados, dichos resultados serán contrastados según la presencia o ausencia de la patología (casos y controles respectivamente) mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%. Se determinará la presencia de asociación mediante la prueba de  $\chi^2$  y de corrección mediante Pearson o Spearman (según el tipo de variable) para valores cualitativos y cuantitativos respectivamente, a la misma confiabilidad del 95%.

Variables del estudio

## Cualitativas

- Diagnóstico: Nuestro estudio se aplicará a las pacientes que tengan incontinencia urinaria de urgencia, esfuerzo o mixta que sea diagnosticada en la consulta de urología ginecológica mediante el interrogatorio y cistometría. Pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos el cual se confirme con la exploración del piso pélvico. Pacientes con diagnóstico por clínica de cistitis intersticial.
- Tratamiento: pacientes que no hayan recibido tratamiento alguno en el hospital.

## Cuantitativas

- Edad: las pacientes a las que se les aplicara la encuesta deberán tener entre 20 a 90 años.
- Pacientes que acudan por primera vez a la consulta de Urología ginecológica.
- Encuesta IFSF: es una medida del funcionamiento sexual que engloba 6 dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, con una puntuación mínima de 4 y una máxima de 95. La cual se aplicará antes del tratamiento y después del mismo.

## CAPITULO 6

### RESULTADOS

Se analizó una muestra de 27 pacientes del género femenino con diagnósticos de incontinencia urinaria, prolapso genital y cistitis intersticial para evaluar si existía una mejoría en el índice de satisfacción sexual posterior a recibir tratamiento médico o quirúrgico, de las cuales solo un paciente no completó el estudio debido a que no era apta a cirugía, caso que se explicará mas adelante.

La media de edad de las pacientes fue de  $53.96 \pm 11.78$  años, todas las pacientes habían tenido ya al menos 1 gesta y en promedio  $3.96 \pm 2.3$  gestas.

De las 27 pacientes en promedio tuvieron  $2.92 \pm 2.13$  partos,  $1.29 \pm 0.83$  abortos y  $1.71 \pm 0.95$  cesáreas, con dos casos de embarazo ectópico, siendo el parto eutócico el común denominador en la mayoría de los casos de prolapso genital e incontinencia urinaria. El promedio de inicio de vida sexual activa fue de  $21.93 \pm 9.06$  años.

El tiempo transcurrido entre la aplicación de la encuesta inicial y la final fue de 97.08 días.

El diagnóstico más frecuente fue prolapso genital relacionado al 51.85% (14 pacientes) de la muestra, seguido de incontinencia urinaria ( $n=10$ , 37%) y por último cistitis intersticial ( $n= 3$ , 11.11%).

Tabla 1. Puntuación inicial y final en los diagnósticos del estudio.

Como se refleja en la Tabla 1. las pacientes con diagnóstico de cistitis intersticial mostraron un aumento más significativo ( $P=<0.0001$ ) en sus puntuaciones finales posterior al tratamiento de un promedio de 10.3 a 12.6, seguido de las pacientes con IU con promedio de puntuaciones de 11.12 a 13.47. En las pacientes con diagnóstico de prolapso genital no hubo gran significancia en los resultados de la encuesta inicial y final teniendo

	<i><b>Cistitis Intersticial</b></i>	<i><b>Prolapso Genital</b></i>	<i><b>Incontinencia urinaria</b></i>	<i><b>P.Val</b></i>
<i><b>Puntuación Inicial</b></i>	<b>10.3±3.6</b>	<b>12.04±3.52</b>	<b>11.12±4.26</b>	<b>0.883</b>
<i>Deseo</i>	3±1.59	2.54±0.92	2.4±0.75	0.81
<i>Excitación</i>	1.3±0.87	1.55±0.92	1.44±1.01	0.485
<i>Lubricación</i>	1.7±0.35	1.73±0.76	1.56±0.72	0.946
<i>Orgasmo</i>	1.6±0.4	2.04±0.73	1.84±1.12	0.843
<i>Satisfacción</i>	1.73±0.46	2.58±1.25	2.32±1.11	0.682
<i>Dolor</i>	1.47±0.92	1.6±0.97	1.6±1.35	0.578
<i><b>Puntuación Final</b></i>	<b>12.6±2.39</b>	<b>12.77±2.86</b>	<b>13.87±2.6</b>	<b>0.599</b>
<i>Deseo</i>	3.4±0.92	2.8±0.78	3.3±0.81	0.286
<i>Excitación</i>	1.9±0.46	2.18±0.83	2.46±0.93	0.551
<i>Lubricación</i>	2.1±0	1.82±0.83	1.83±0.46	0.799
<i>Orgasmo</i>	2±0.4	2.04±0.72	2.28±0.71	0.685
<i>Satisfacción</i>	1.73±0.46	2.57±1.26	2.56±1.07	0.502
<i>Dolor</i>	1.47±0.92	1.37±0.63	1.44±0.76	0.961

puntuaciones de 12.04 a 12.77 ( $P=0.0001$ ).

Las pacientes con cistitis intersticial no tuvieron cambio alguno en las puntuaciones de satisfacción ( $P=0.036$ ) y dolor ( $P=0.335$ ) sin embargo, si presentaron un incremento en el Orgasmo ( $P=0.022$ ) y en la Lubricación



( $P=0.032$ ), lo cual pudo incrementar el puntaje final y que la paciente considerara que ahora tiene relaciones sexuales satisfactorias. En las pacientes con prolapso genital en las que no hubo un incremento significativo durante la evaluación inicial y la final se pudo observar que los dominios de Excitación ( $P<0.0001$ ) y Lubricación ( $P=0.032$ ) si presentaron un aumento mientras que el Dolor ( $P=0.335$ ) disminuyó. En cuanto a las pacientes con Incontinencia Urinaria se observó que tanto Deseo ( $P<0.0001$ ), Excitación ( $P=0.0001$ ) y Orgasmo ( $P=0.022$ ) se incrementaron significativamente así mismo se redujo el Dolor.

Los tratamientos a los que recurrieron las pacientes fueron médicos y quirúrgicos. Solamente recibieron tratamiento médico 6 pacientes (23.1%), en su totalidad con diagnósticos de incontinencia urinaria de urgencia o mixta, mientras que 20 pacientes (76.9%) de todos los diagnósticos recibieron tratamientos quirúrgicos, presentándose tres casos de complicaciones, una paciente con lesión vesical grado III, otra paciente que presentó IUE posterior a la cirugía y una paciente que refirió ardor vulvar y vaginal.

Así mismo se excluyó a una paciente de tratamiento quirúrgico debido a que presentó una Clasificación de Goldman de alto riesgo quirúrgico en su valoración preoperatoria por parte de Medicina Interna por lo que a esta

paciente se le ofreció vigilancia, ejercicios de Kegel y en un caso de prolapso genital más severo el uso de pesario como última instancia.

En su mayoría los diagnósticos estaban asociados a macrosomía fetal (n=6, 33.33%) y multiparidad (n= 10, 55.55%), con dos casos de parto instrumentado y un caso de parto distócico.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a patología de suelo pélvico

	<i><b>Macrosomía Fetal</b></i>	<i><b>Multiparidad</b></i>	<i><b>Parto Instrumentado</b></i>	<i><b>P. Val</b></i>
<i><b>Puntuación Inicial</b></i>	<b>10.25±4.3</b>	<b>11.76±2.66</b>	<b>13.27±2.45</b>	<b>0.418</b>
<i>Deseo</i>	2.4±0.76	2.4±0.8	3±1.04	0.195
<i>Excitación</i>	0.95±0.86	1.53±1	1.5±1.31	0.484
<i>Lubricación</i>	1.55±0.98	1.62±0.67	2.1±0.52	0.573
<i>Orgasmo</i>	1.68±1.32	2.16±0.51	2±0.4	0.692
<i>Satisfacción</i>	1.93±1.06	2.48±1.1	3.2±1.06	0.22
<i>Dolor</i>	1.73±1.23	1.76±1.2	1.47±1.62	0.531
<i><b>Puntuación Final</b></i>	<b>12.85±3.16</b>	<b>12.89±2.81</b>	<b>15.7±1.7</b>	<b>0.596</b>
<i>Deseo</i>	3.1±0.8	3.07±0.82	3.3±1.27	0.483
<i>Excitación</i>	2.25±0.84	2.17±1.12	2.85±0.64	0.773
<i>Lubricación</i>	1.95±0.68	1.57±0.75	2.55±0.21	0.367
<i>Orgasmo</i>	1.88±1.08	2.31±0.52	2.2±0.28	0.753
<i>Satisfacción</i>	2.13±1.26	2.44±0.88	3.8±0.85	0.257
<i>Dolor</i>	1.53±0.53	1.33±0.89	1±0.28	0.801

No se encontró asociación entre el grado de gravedad de la patología de la paciente con los factores de riesgo asociados como la multiparidad, macrosomía, parto distócico o instrumentado.

Tabla 3. Resultados de los dominios en la encuesta inicial y final de todas las patologías.

	<i>Encuesta Inicial</i>	<i>Encuesta Final</i>	<i>P. Val</i>
<b><i>Puntuación total</i></b>	<b>11.5±3.66</b>	<b>13.19±2.66</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<i>Deseo</i>	2.53±0.9	3.07±0.82	<0.0001
<i>Excitación</i>	1.42±0.94	2.26±0.83	<0.0001
<i>Lubricación</i>	1.67±0.68	1.86±0.64	0.032
<i>Orgasmo</i>	1.9±0.85	2.13±0.67	0.022
<i>Satisfacción</i>	2.4±1.11	2.46±1.12	0.036
<i>Dolor</i>	1.64±1.11	1.41±0.68	0.335

Como se puede observar en la Tabla 3 la puntuación promedio máxima de la encuesta inicial en la muestra fue de 11.5 y de la encuesta final posterior al tratamiento médico o quirúrgico 13.1.

En cuanto a la evaluación de satisfacción sexual, se encontró que existió una mejoría significativa en las medias de los puntajes finales, obtenidos posterior al tratamiento, versus los puntajes iniciales, observadas en las categorías de puntaje total inicial vs final (-1.89,  $\pm 2.24$ ,  $P < 0.001$ ), así como los rubros cuestionados referentes a deseo (-0.55,  $\pm 0.67$ ,  $P < 0.001$ ), excitación sexual (-0.83,  $\pm 0.76$ ,  $P < 0.001$ ), lubricación (-0.23,  $\pm 0.5$ ,  $P = 0.032$ ), orgasmos (-0.24,  $\pm 0.49$ ,  $P = 0.022$ ) y satisfacción en general (-0.14,  $\pm 0.32$ ,  $P = 0.036$ ) mientras que no se observó una mejoría significativa en dolor (0.18,  $\pm 0.9$ ,  $P = 0.335$ ).

Se observó un moderado grado de correlación entre los totales de cada sección del inventario de preguntas, teniendo una buena correlación entre el total inicial ( $r^2=0.797$ ) con el final, así como para la parte de deseo ( $r^2=0.715$ ), excitación ( $r^2=0.619$ ), lubricación referida al inicio y final ( $r^2=0.718$ ), y con un mejor grado de pronóstico de mejoría para orgasmos previos y posteriores ( $r^2=0.829$ ), y satisfacción ( $r^2=0.958$ ), sin embargo solo una leve a moderada capacidad de correlacionar los valores iniciales con los finales para el apartado de dolor ( $r^2=0.587$ ). La satisfacción inicial ( $r^2=0.698$ ), la excitación ( $r^2=0.708$ ) y el deseo ( $r^2=0.724$ ) tenían una moderada correlación con el puntaje final total, al evaluar el inventario de forma posterior, sugiriendo que la actividad previa del paciente es pronóstica sobre la apreciación de los resultados de la cirugía.

Tabla 4. Grado de Impacto en los dominios de la encuesta

	<i><b>D de Cohen</b></i>	<i><b>P. Val</b></i>
<i><b>Puntuación</b></i>	0.5282	<0.001
<i><b>Deseo</b></i>	0.6272	<0.001
<i><b>Excitación</b></i>	0.9473	0.001
<i><b>Lubricación</b></i>	0.2877	<0.001
<i><b>Orgasmo</b></i>	0.3005	<0.001
<i><b>Satisfacción</b></i>	0.0538	<0.001
<i><b>Dolor</b></i>	-0.2499	0.002

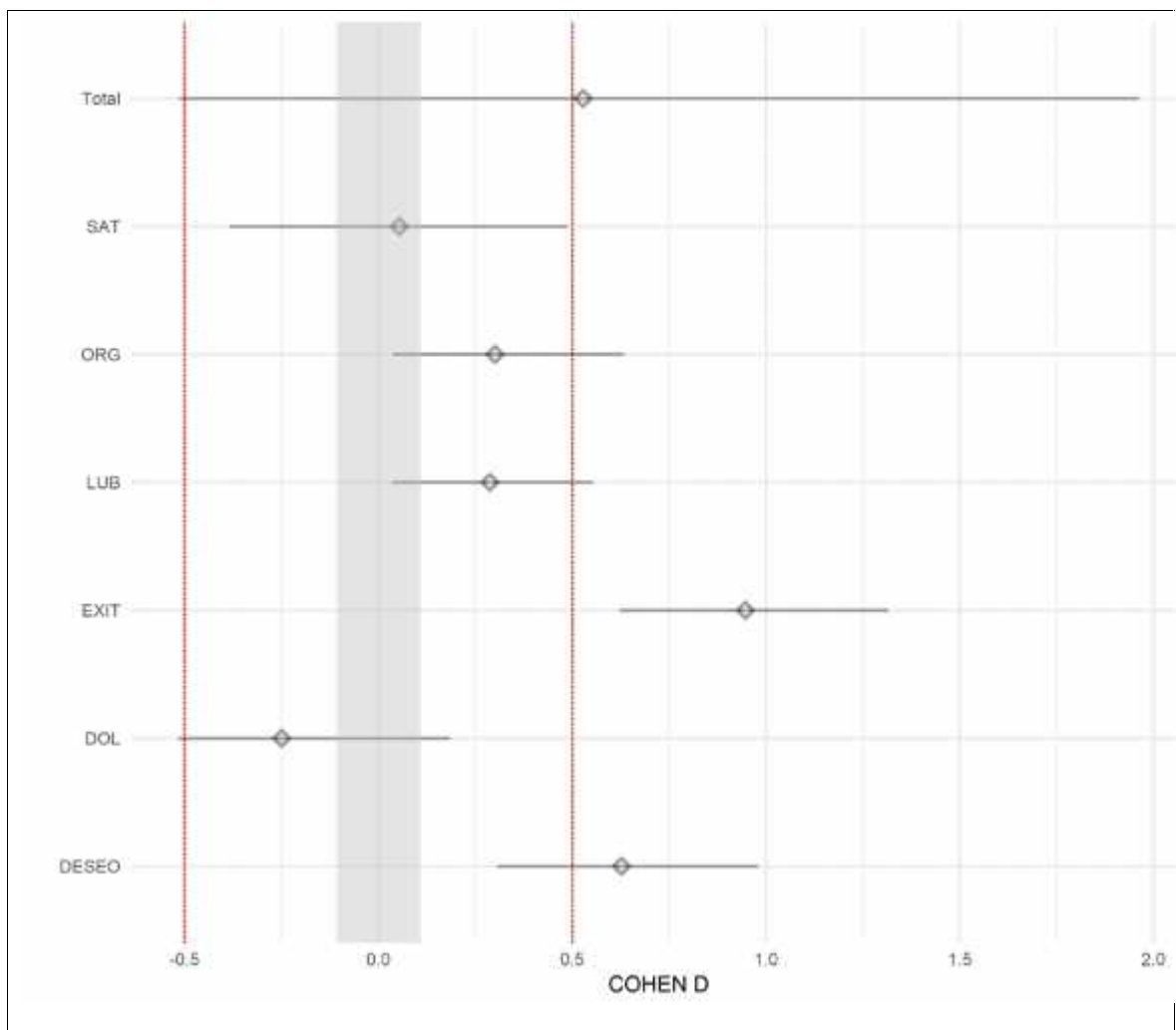


Figura 1. Grado de Impacto de los dominios de la encuesta

Se exploró además el grado de impacto que tenía la intervención sobre los valores de la escala, teniendo un impacto alto (Cohen = 0.5282) en la escala total; estas diferencias están dadas en su mayoría por el cambio en la excitación de las pacientes (Cohen = 0.9473), seguida del deseo en ellas (Cohen = 0.6272), y un menor efecto sobre las apreciaciones de lubricación

(Cohen = 0.2877), orgasmo (Cohen = 0.3005) y dolor (Cohen = -0.2499), con una mínima contribución, de forma singular, en la satisfacción de la paciente (Cohen = 0.058).

Se consideran que los valores inferiores a 0.2 indican un efecto de pequeño tamaño, un valor de 0.5 de magnitud media y un valor de 0.8 indica un efecto de alta magnitud.

Se buscaron relaciones adicionales, entre los parámetros clínicos, con relación a las diferentes secciones de la encuesta aplicada, encontrando una moderada correlación negativa del puntaje final ( $r^2=-0.681$ ) con el número de gestas y partos ( $r^2=-0.683$ ), de modo que entre más gestas y partos es probable pronosticar un menor resultado del total de la escala posterior al procedimiento, es decir que entre más hijos tenga la mujer y que hayan nacido vía vaginal menor puntuación va a existir aun realizando tratamiento quirúrgico. Se corroboró además, una correlación positiva entre el número de cesáreas y la satisfacción final del procedimiento ( $r^2=0.991$ ), por lo que las pacientes que tuvieron a sus hijos vía abdominal presentaban mejores puntuaciones que las pacientes que tenían hijos vía vaginal.

## CAPITULO 7

### DISCUSION

La función sexual representa el aspecto clave de la salud pélvica de las mujeres, el cual solo recientemente ha aparecido como un tema abiertamente debatido.

A pesar de que el parto representa un acontecimiento central en la vida reproductiva de una mujer, en términos tanto físicos como psicosociales, este acarrea un impacto potencial en todos los dominios de la función sexual. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que han tenido hijos tienen menores puntuaciones en los indicadores auto-reportados de la función sexual, al compararse con las nulíparas, sin embargo se han atribuido más bien a factores psicológicos y sociales que a una lesión del piso pélvico.(17)

En nuestro estudio de 27 pacientes se encontró una moderada correlación negativa del puntaje final ( $r^2=-0.681$ ) con el número de gestas y partos ( $r^2=-0.683$ ), de modo que entre más gestas y partos es probable pronosticar un menor resultado del total de la escala posterior al procedimiento, es decir que entre más hijos tenga la mujer y que hayan nacido vía vaginal menor puntuación va a existir aun realizando tratamiento quirúrgico. Observamos, además, una correlación positiva entre el número de cesáreas y la satisfacción final del procedimiento ( $r^2=0.991$ ), por lo que las pacientes que tuvieron a sus hijos vía abdominal presentaban mejores puntuaciones que las pacientes que tenían hijos vía vaginal.

La disfunción sexual en la mujer puede tener diversas causas, sin embargo, desórdenes del piso pélvico como la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos, puede tener influencia en la satisfacción y funcionalismo sexual. Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) pueden manifestar dispareunia, decremento en la capacidad orgásmica, disminución de la libido y sentimientos de miedo o vergüenza en relación a su alteración anatómica. (19)



El diagnóstico más frecuente en nuestro estudio fue prolapso genital relacionado al 51.85% (14 pacientes) de la muestra, seguido de incontinencia urinaria (n=10, 37%) y por último cistitis intersticial (n= 3, 11.11%).

En EUA, se ha reportado una prevalencia de Prolapso de órganos pélvicos del 30% en mujeres en edad mediana, con una tendencia al aumento en relación con la edad. (20) La media de edad de las pacientes en nuestro estudio fue de  $53.96 \pm 11.78$  años.

Los datos sobre la función sexual femenina después de la cirugía de prolapso son contradictorios. (21)

La mayoría de las mujeres con prolapso uterino de estadio 2 o superior que se sometieron a HV con reparación del prolapso experimentaron una vida sexual mejorada en el postoperatorio, independientemente de la técnica. Aunque la HV para tratar POP mejora las preocupaciones anatómicas y sexuales, la cirugía *per se* puede tener efectos negativos sobre la función sexual si se desarrolla una nueva aparición o empeoramiento de la dispareunia o la incontinencia. (22)

En nuestro estudio si se presentó un caso de dispareunia y uno de incontinencia urinaria de esfuerzo posterior al tratamiento quirúrgico, sin embargo el resto de las pacientes tuvo mejoría significativa en las puntuaciones finales de la encuesta.

La intervención quirúrgica para POP mejoró los puntajes en el ámbito sexual a los 6 y 12 meses postoperatorios. (29) En nuestro estudio se logró ver mejoría de la satisfacción sexual en las pacientes desde el cuarto mes posterior al tratamiento.

La reparación anterior y posterior se asocia con un aumento en las tasas de dispareunia postoperatoria y con una función sexual disminuida. (23) En el caso de nuestro estudio solo una paciente presentó una complicación al realizar una reparación anterior produciendo una lesión vesical grado III, la cual fue reparada en 3 planos y se dejó sonda Foley por 2 meses, actualmente la paciente no presenta complicaciones, aunque se alargó su recuperación postoperatoria y aplicación de la encuesta inicial.

Las pacientes que tuvieron mejores puntuaciones en la encuesta final posterior al tratamiento médico o quirúrgico fueron aquellas con diagnóstico de cistitis intersticial e incontinencia urinaria, a pesar de que la paciente con cistitis intersticial no se observó un cambio significativo en el dominio de dolor, aunque si en orgasmo y lubricación. En las pacientes con prolapso genital no se observó un incremento significativo en la puntuación inicial o final, sin embargo si disminuyó el dolor y aumentó la excitación y lubricación.

La cirugía de malla vaginal en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP) se ha asociado con disfunción sexual. La implantación de una malla sintética podría dañar la inervación vaginal y la vascularización, lo que podría causar disfunción sexual. (24)

En este caso en particular en el Servicio de Urología ginecológica no se realiza colocación de malla en pacientes con prolapso de órganos pélvicos debido a las complicaciones reportadas en la literatura.

La histerectomía sigue siendo la cirugía ginecológica mayor más común. La función sexual posoperatoria es una preocupación para muchas mujeres y sus parejas. A este respecto, la mayoría de los estudios han demostrado en la última década un efecto beneficioso de la histerectomía para la enfermedad benigna independiente de las técnicas quirúrgicas o la extirpación del cuello uterino. (25)

Alrededor del 20% de las mujeres han informado sobre el deterioro de la función sexual y las investigaciones actuales intentan identificar los mecanismos y los factores predictivos que explican estos cambios postoperatorios. Los tratamientos alternativos de los trastornos uterinos benignos o la cirugía conservadora de útero para el prolapso genital parecen tener resultados similares en términos de función sexual. La ooforectomía

concomitante tuvo efectos negativos sobre la función sexual y la salud a largo plazo, particularmente en mujeres premenopáusicas. Esto no puede revertirse con el reemplazo de estrógenos. La histerectomía realizada por malignidad tuvo un efecto perjudicial sobre la función sexual. La evaluación e información de riesgo individualizada debe estar orientada durante la toma de decisiones preoperatoria (25)

El POP desempeña un papel en la disfunción sexual femenina y la cirugía conservadora del útero se asocia con una mayor mejoría en la función sexual. (26) Nuestros datos confirman lo antes mencionado al ofrecer tratamiento quirúrgico.

La cirugía para el prolapso y la incontinencia urinaria no asegura necesariamente una función sexual óptima y se han informado resultados contradictorios (28) La reparación anterior parece tener un efecto negativo en la función sexual solo cuando se combina con otro procedimiento. Colombo et al. evaluó a 23 mujeres que tenían una reparación anterior y descubrió que el 56% tenía dispareunia postoperatoria de leve a grave; sin embargo, los pacientes también tuvieron una reparación posterior y perineorrafia (27) En nuestro caso solo una paciente presentó dispareunia y ardor vaginal posterior al tratamiento quirúrgico.

Las mujeres con incontinencia urinaria informan deterioro de la función sexual en comparación con aquellas sin incontinencia urinaria. Los estudios han demostrado que la cirugía para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) tiene un impacto positivo en la función sexual, particularmente con la resolución de la incontinencia coital. En una revisión sistemática de 18 estudios que abordan la función sexual después de la cirugía de la IUE, el 32% de los pacientes informó una mejoría, el 55% informó que no hubo cambios y un 13% de los pacientes, aunque pequeño, informó un empeoramiento de la función sexual. Las mejoras en la salud sexual después del tratamiento de la IUE se deben a una reducción de la incontinencia de coito; no se ha demostrado que la cirugía tenga ningún impacto en otros aspectos de la función sexual, como el deseo, la excitación o el orgasmo. (28) En nuestro estudio las pacientes con incontinencia urinaria reportaron mejores puntuaciones finales posteriormente al tratamiento médico o quirúrgico, ya que al ya no presentar escapes de orina, las pacientes pierden el miedo a tener intimidad con sus parejas, lo cual mejora el deseo y excitación, dominios que presentaron incremento en la encuesta final.

Los estudios directos de diferentes tipos de cirugías de incontinencia (p. Ej., Cinta vaginal libre de tensión vs. cinta transobturatriz) no han mostrado

diferencias significativas entre estas intervenciones con respecto a la función sexual. (29)

En el caso de la cistitis intersticial la instilación intravesical con una solución de ácido hialurónico es un tratamiento efectivo para el síndrome de cistitis intersticial / dolor de vejiga (IC / BPS), pero se desconoce su impacto en el funcionamiento sexual de los pacientes. (30). En el servicio de Urología Ginecológica del Hospital Universitario solo se utilizan instilaciones vesicales de atropina, heparina y DMSO, presentando gran mejoría en las pacientes posterior a la 4 semana de tratamiento.

Otra cuestión importante es el cuestionario FSFI que se utilizó para evaluar la función sexual en mujeres con patología del suelo pélvico ya que tiene algunas limitaciones. El cuestionario FSFI no está diseñado específicamente para evaluar los cambios en la salud sexual que son causados por las patologías del suelo pélvico. Por lo tanto, puede no ser sensible a los cambios significativos en la función sexual en nuestra población. Además, los cuestionarios no evalúan la actividad sexual, lo que puede subestimar el impacto de la patología del suelo pélvico en la función sexual, ya que las mujeres con disfunción severa pueden elegir ser sexualmente inactivas (31) La mayoría de las pacientes a las que les aplicábamos la encuesta habían dejado de tener relaciones sexuales de 2 a 3

meses dependiendo del tiempo de evolución de su patología y gravedad de la misma.

En un estudio realizado en España en el que se utilizó el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) como medida de la función sexual. Los cuestionarios FSFI se distribuyeron antes y después de la cirugía de órganos pélvicos y 4 meses después. El examen clínico femenino que evalúa el grado de prolapso se realizó antes y 6 semanas después de la cirugía. Se pudo evaluar un conjunto completo de datos de 70 cuestionarios. En las mujeres, los puntajes del FSFI mejoraron significativamente en los dominios deseo, excitación, lubricación, satisfacción general y particularmente dolor. El orgasmo se mantuvo sin cambios. (31)

En el caso de nuestro servicio de Urología ginecológica se les realizó el cuestionario a 27 pacientes del género femenino con diagnósticos de incontinencia urinaria, prolapso genital y cistitis intersticial para evaluar si existe una mejoría en el índice de satisfacción sexual posterior a recibir tratamiento médico o quirúrgico en dichas pacientes. En donde a la suma de puntos en varias categorías dio un puntaje total, que de manera inicial fue de  $11.3 \pm 3.68$  puntos y el puntaje final de  $13.19 \pm 2.65$ .

En cuanto a la evaluación de satisfacción sexual, se encontró que existió una mejoría significativa en las medias de los puntajes finales, obtenidos posterior al tratamiento, versus los puntajes iniciales, observadas en las categorías de puntaje total inicial vs final, así como los rubros cuestionados referentes a deseo, excitación sexual, lubricación, orgasmos y satisfacción en general, mientras que no se observó una mejoría significativa en dolor.

Encontramos un moderado grado de correlación entre los totales de cada sección del inventario de preguntas, teniendo una buena correlación entre el total inicial con el final, así como para la parte de deseo, excitación, lubricación referida al inicio y final, y con un mejor grado de pronóstico de mejoría para orgasmos previos y posteriores, y satisfacción, sin embargo solo una leve a moderada capacidad de correlacionar los valores iniciales con los finales para el apartado de dolor debido a que este parámetro tiende a ser más subjetivo.

También observamos que la satisfacción inicial, la excitación y el deseo tenían una moderada correlación con el puntaje final total, al evaluar el inventario de forma posterior, sugiriendo que la actividad previa del paciente es pronostica sobre la apreciación de los resultados de la cirugía.



Se necesita más investigación utilizando herramientas de evaluación estandarizadas para definir puntos finales claros en la función sexual posterior al tratamiento quirúrgico. (32)

En conclusión, a pesar de que el número de participantes de nuestro estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron una mejoría significativa en el tratamiento de las patologías del suelo pélvico, ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, por lo cual se estima que la calidad de vida de nuestras pacientes mejorará considerablemente con el solo hecho de sentirse plenas en el ámbito sexual.

## CAPITULO 8

## CONCLUSION

Se midió el índice de satisfacción sexual de las pacientes de la consulta de Urología Ginecológica del Hospital Universitario y se compararon los resultados antes y después del tratamiento médico o quirúrgico, en el cual se encontró que las patologías más frecuentes de la consulta de Urología Ginecológica como incontinencia urinaria, cistitis intersticial y prolapso genital afectaban gravemente la calidad de vida sexual de nuestras pacientes, así mismo analizamos el éxito de los tratamientos médicos y quirúrgicos en el caso de las diferentes patologías observando que al mejorar los síntomas mejoraba en gran medida la puntuación final de la encuesta de Índice de satisfacción sexual femenino.

La función sexual es compleja e implica la interacción de muchos factores, incluida la conexión emocional, la imagen corporal, la respuesta física intacta y la función sexual de la pareja.

La integración de la salud sexual en los servicios de atención médica es importante. En mujeres que asisten a clínicas de uroginecología, la función urinaria, la función anorrectal y los defectos anatómicos se evalúan con más frecuencia que los relacionados con la actividad y la función sexuales.

La disfunción sexual es una condición altamente prevalente en mujeres que asisten a servicios de uroginecología. Sin embargo, solo una minoría de uroginecólogos evalúa a todos los pacientes por disfunción sexual femenina. La falta de tiempo, la incertidumbre sobre las opciones terapéuticas y la edad avanzada del paciente se han citado como posibles razones para no abordar las quejas sexuales como parte de la historia de rutina.

La fisiopatología de la disfunción sexual en relación con los trastornos del suelo pélvico no ha sido bien establecida. Los cuestionarios y escalas de sexualidad desempeñan un papel integral en el diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual femenina.

Los procesos de la enfermedad como el sangrado uterino anormal, la endometriosis, la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos pueden tener un impacto negativo en varios parámetros de la salud sexual. La cirugía ginecológica para abordar estas quejas comunes puede corregir el proceso patológico. Sin embargo, a pesar de las mejoras en los síntomas relacionados con la enfermedad, las mejoras en la sexualidad no están garantizadas.

En general, las intervenciones que mejoran la función del piso pélvico generalmente también mejoran la función sexual, con una población pequeña

pero significativa de mujeres. Los médicos deben abrir las líneas de comunicación con sus pacientes con respecto a la función sexual y discutir el impacto (positivo o negativo) de su condición y su tratamiento en su función sexual.

La evidencia actual del efecto del manejo conservador y quirúrgico de los trastornos del piso pélvico en la función sexual es alentadora

## CAPITULO 9

### ANEXOS

#### 9.1 Cuestionario: Índice de Función Sexual Femenina.

**Registro:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Instrucciones**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

### **Definiciones**

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

### **Marque sólo una alternativa por pregunta**

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- \_ No tengo actividad sexual
- \_ Muy alto
- \_ Alto
- \_ Moderado
- \_ Bajo
- \_ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- \_ Muy satisfecha
- \_ Moderadamente satisfecha
- \_ Ni satisfecha ni insatisfecha
- \_ Moderadamente insatisfecha
- \_ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca



18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo 2

**PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	0,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Anexo 1); cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad (Anexo 2).

## CAPITULO 10

## BIBLIOGRAFIA

1. Stress urinary incontinence and LUTS in women—effects on sexual function. Fatton B, de Tayrac R, Costa P, Nat Rev Urol 2014 Oct; 11(10):565-78
1. Mauricio Velázquez Magaña, Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta, Ginecol Obstet Mex 2007; 75:347-56.
2. M. García-Bascones, Mejoría de la calidad de vida en mujeres con incontinencia tras el tratamiento rehabilitador. ¿Existe relación entre el ICIQ-SF y el pad test?, Rehabilitación (Madr) 2012; 46(2):141-146.
3. Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, México: Secretaria de Salud; 2009.
4. Klaudia Stangel-Wojcikiewicz, Quality of life assessment in female patients 2 and 4 years after muscle-derived cell transplants for stress urinary incontinence treatment, Ginekol Pol. 2016, 87,183-189.
5. Sociedad Española de ginecología y obstetricia, Prolapso genital, Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(4):205-208.
6. Benjamín Cherem Cherem, Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente histerectomizada: caso clínico, Centro ABC, Vol 57, Num 4, Oct-Dic 2012.
7. Pilar Duarte Maldonado, Enfoques actuales en el Prolapso genital, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada, 2014.

8. Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney, Ingrid Nygaard.  
“Danforth’s Obstetrics and Gynecology”. 10th edition. Ed. Lippincott  
Williams and Wilkins. USA, 2008.
9. Jaime Ernesto Vargas-Mendoza, FACTORES EMOCIONALES EN  
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA, Centro Regional de  
Investigación en Psicología, Volumen 4, Número 1, 2010 Pág. 5-10.
10. González Frias, M.D.1; Felipe González, C.M.2, Síndrome de vejiga  
dolorosa, cistitis intersticial, NÚM. 122. Mayo/Junio/Julio/Agosto 2012.
11. Juan Fernando Paz Rojas, Cistitis intersticial/Síndrome de vejiga  
dolorosa: ¿Qué hay de nuevo para su diagnóstico?, Revista Gastrohnp  
Año 2013 Volumen 15 Número 2 Suplemento 1: S24-S28 (mayo-junio).
12. Wendy M. Troxel, Ph.D, Sleep Disturbances and Nocturnal Symptoms:  
Relationships with Quality of Life in a Population-Based Sample of  
Women with Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome, Journal of  
Clinical Sleep Medicine, Vol. 10, No. 12, 2014.
13. Phillips, N.A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment.  
American Family Physicial, pub. by The American Academy of Family  
Physicians, 2006.
14. Murat Tuncer, Fatih Tarhan, The effects of stress incontinence surgery on  
sexual function and life quality of women, Archivio Italiano di Urologia e  
Andrologia 2016; 88, 21 06.
15. Fatemeh Seyyedi, Mahmoud RaFieian-KOpaei, Sepideh MiRaj,  
Comparison of the Effects of Vaginal Royal Jelly and Vaginal Estrogen on  
Quality of Life, Sexual and Urinary Function in Postmenopausal Women,

Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 May, Vol-10(5): QC01-QC05.

16. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital, José Urdaneta M., PhD<sup>1</sup>, Lismar Adriana Briceño Suárez<sup>2</sup>, Maritza Cepeda de Villalobos, PhD<sup>3</sup>, Ciro Montiel, PhD<sup>1</sup>, Rafael Marcucci J, PhD<sup>1</sup>, Alfi Contreras Benítez<sup>2</sup>, Andrea Mujica A.<sup>a</sup>, Nasser Baabel Romero.<sup>a</sup>, Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.2 Santiago 2013.
17. Experiencia en el tratamiento de pacientes con cistitis intersticial: revisión de 17 casos, Óscar Flores-Carreras, \* Claudia J Martínez-Espinoza, \*\* María Isabel González-Ruiz, Ginecol Obstet Mex 2011;79(3):125-130.
18. Sexual Dysfunction in Interstitial Cystitis, Senol Tonyali, Mehmet Yilmaz, Curr Urol 2017 Nov; 11(1):1-3.
19. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Bogart LM, Suttorp MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH, Urology 2011 Mar; 77(3): 576-80.
20. Changes in sexual function of women with refractory interstitial cystitis/bladder pain syndrome after intravesical therapy with hyaluronic acid solution. Hung MU, Lin YH, Huang WC, Lin TY, Hsu CS, Chuang FC, Tsai CP, Chen GD, J Sex Med 2014 Sep; 11(9):2256-63.
21. Sexual functioning before and after vaginal hysterectomy to treat pelvic organ prolapse and the effects of vaginal cuff closure techniques: a prospective randomized study. Ucar MG, Ilhan TT, Sanlikan F, Celik C, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Nov 206:1-5.

22. The effects of vaginal prolapse surgery using synthetic mesh on vaginal wall sensibility, vaginal vasocongestion and sexual function: a prospective single-center study. Weber MA, Lakeman MM, Laan E, Roovers JP. *J Sex Med* 2014 Jul; 11(7):1848-55.
23. The effect of vaginal pelvic organ prolapse surgery on sexual function. Ulrich D, Dwyer P, Rosamilia A, Lim Y, Lee J. *Neurourol Urodyn* 2015 Apr;34(4) 316-21.
24. Effects of Hysterectomy on sexual function. Lonnee-Hoffmann R, Pinas I. *Curr Sex Health Rep* 2014; 6 (4):244-251.
25. Impact of gynecological surgery on female sexual function. Pauls RN. *Int J Import Res* 2010 Mar-Apr;22(2):105-14.
26. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. Constantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearinni L, Bini V, Zucchi A. *Int urogynecol J*. 2013 Sep;24(9) 1481-7.
27. Sexual function after anterior vaginal Wall prolapse surgery, Feldner PC Jr, Delroy CA, Martins SB, Castro RA, Sartorin MG, Girao MJ. *Clinics (Sao Paulo)* 2012 Aug;67(8) 871-5.
28. Male and female sexual function after surgical repair of female organ prolapse. Kuhn A, Brunnmayr G, Stadlmayr W, Kuhun P, Mueller MD. *J Sex Med* 2009 May, 6(5) 1324-34.
29. Sexual health in women with pelvic floor disorders measuring the sexual activity and function with questionnaires—a summary. Espuña Pons M, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 May; 20 Suppl 1:S65-71.

30. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. Omotosho TB, Rogers RG. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 May Suppl 1:S51-6.
31. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction, Kammerer-Doak D. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009 May; 20 Suppl 1:S45-50.

## CAPITULO 11

### RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Ana Karen Peña Montemayor  
Candidato para el Grado de  
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Tesis: INDICE DE SATISFACCION SEXUAL DE LAS PACIENTES DE LA  
CONUSLTA DE UROLOGIA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 20 de Octubre de 1989, hija de Tristán Adalberto Peña Guerrero y Zelinda Rosa Montemayor Hinojosa.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido como Médico Cirujano y Partero en el 2012.

Experiencia Profesional: Se desempeñó como Médico General en el Centro Medico Santa María en el 2013, Entro a la residencia de Ginecología y Obstetricia en el 2014 en el Hospital Universitario y realizo su rotación de campo en el Hospital General de Dr. Arroyo de Noviembre del 2017 a Febrero del 2018.

